Aus dem Königl. pathol.-anat. Institut der Universität Kiel.

Über einen Fall

von

zwei verschiedenartigen primären Krebsen in verschiedenen Organen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität

zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Andrée

aus Jever.

Hausarzt der Städt. Krankenanstalt in Kiel.

Kiel 1913.

Druck von H. Fiencke.

Aus dem Königl. pathol.-anat. Institut der Universität Kiel.

Über einen Fall

von

zwei verschiedenartigen primären Krebsen in verschiedenen Organen.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Königl. Christian-Albrechts-Universität

zu Kiel

vorgelegt von

Wilhelm Andrée

aus Jever.

Hausarzt der Städt. Krankenanstalt in Kiel.

Kiel 1913.

Druck von H. Fiencke.

No. 101.

Rektoratsjahr 1912.

Referent: Dr. **Heller.**

Zum Druck genehmigt:

Anschütz,

z. Zt. Dekan.

Meinen lieben Eltern

in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153321_0011

Der Frage der Histogenese und Atiologie des Karzinoms ist von jeher von ärztlicher Seite ein großes Interesse entgegengebracht worden, zumal das Leiden Menschen im besten Lebensalter in großer Zahl befällt. In neuerer Zeit hat sich dieses Interesse gezeigt durch Gründung von Instituten und Zeitschriften für Krebsforschung und massenhaftes Arbeiten auf diesem Gebiete.

Bei der großen Bedeutung der Frage herrscht selbstverständlich das Bestreben, die Ursache des Krebses zu finden. Der alten Lehre Virchows[1]), nach der die Krebszellen aus Bindewebszellen der verschiedensten Art und Entwicklungsstufen hervorgehen, stand gegenüber die 1890 allgemein angenommene Keimtheorie von Thiersch[2]) und Waldeyer[3]), nach der die Karzinombildung nur vom Epithel, meist dem eines Drüsenfundus ausgeht und einer Störung des histogenetischen Gleichgewichts zuzuschreiben ist.

Nach Cohnheim[4]) soll in irgend einem Stadium der embryonalen Entwicklung eine gewisse Komplikation, eine Verlagerung von epithelialen Elementen in das Bindegewebe, stattgefunden haben, die zur Karzinombildung später führen kann.

Der Engländer Marshall[5]) nahm an, daß Krebs entstehen könne infolge funktioneller Störungen von Seiten des Nervensystems.

Eine asymmetrische Karziokinese soll nach Hansemann[6]) etwas für die Karzinombildung Eigentümliches sein.

Eine andere Theorie stellten Zenker[7]) und Hauser[8]) auf. Ersterer hielt z. B. bei Gallenblasenkrebsen Narbenbildung durch Reizung von Gallensteinen für die Ursache.

Hauser in seiner Schrift: »Das chronische Magengeschwür etc.« führt den Nachweis, daß eine chronische Ulceration in krebsige Degeneration übergehen kann.

Nach den statistischen Arbeiten von Tiemann[9]) und Cohn[10]) über die Beziehung zwischen Magenulcus und Krebsbildung geht deutlich hervor, daß eine chronische Irritation keineswegs allein die Ursache der Krebsbildung ist, denn während das Ulcus ventriculi bei Frauen 3—4 mal so häufig vorkommt als bei Männern, so findet man Magenkrebsbildung bei Männern fast 4 mal so häufig als bei Frauen.

Zwei Theorien sind zur Zeit die herrschenden, die parasitäre und die der Keimversprengung.

Erstere wurde schon von Kubasoff[11]) verfochten und findet jetzt einen Hauptanhänger in von Dungern.[12])

Letztere Theorie ist die von Ribbert[13]) modifizierte alte Cohnheim'sche.

Für die parasitäre Theorie spricht das Vorkommen von Krebshäusern, der Krebs zwischen Ehegatten und die Ergebnisse der zur Zeit noch nicht vollkommen zum Abschluß gekommenen serologischen Untersuchungsmethoden durch von Dungern.

Die ganze Frage der letzten Ursache ist jedoch noch strittig und jeder Beitrag zur Lösung wohl erwünscht. Zu den interessantesten Problemen gehört das gleichzeitige Vorkommen von Krebsentwicklung in verschieden Organen, in höherem Maße noch das Vorkommen verschiedenartiger Krebse im selben oder in verschiedenen Organen. Dies Vorkommen mehrfacher, primärer Krebse in verschiedenen Organen muß darauf hinweisen, daß auf einem disponierten Boden an verschiedenen Orten wohl ein- und dieselbe Ursache gleichzeitig zur Wirkung gekommen sein mag.

Da diese Fälle immerhin noch nicht übermäßig häufig sind, so möge es mir gestattet sein, den mir von Herrn Geheimrat Heller gütigst zur Verfügung gestellten Fall mitteilen zu dürfen.

Es handelt sich um die Frage, ob zwei Primärherde von krebsiger Entartung vorliegen oder eine Metastasenbildung. Um die Frage aufzuklären, ist in Betracht zu ziehen:

I. die klinische Beobachtung,

II. der pathol.-anatom. Befund.

Betreffs der klinischen Beobachtung mag es genügen, aus der von der hiesigen Königlichen Frauenklinik mir zur Verfügung gestellten Krankengeschichte des vorliegenden Falles nur im Auszug einiges mitzuteilen.

Status vom 11. III. 07.

Eine Frau von mittlerem Ernährungszustand. Mäßige Anämie. An der rechten Brust zwei radiäre Narben, in der rechten Achselhöhle eine bohnengroße, indolente Drüse; sonst keine Drüsenschwellung nachweisbar.

In der Scheide ziemlich reichlich schleimig-eitriges Sekret. Am hinteren Muttermundrande kleines Geschwür. Geringe Blutung bei der Untersuchung. Cervix etwas aufgetrieben, ziemlich derb. Uterus in Mittelstellung, fast frauenfaustgroß, nicht ohne weiteres beweglich.

Operation am 21. III. 07: Exkochleation.

Diagnose: Cylinderzellenkarzinom der Cervix, in die Cervixdrüsen einwuchernd.

Makroskop. Befund: Mehrere grobe, kompakte Gewebsstücke von markigem Aussehen, mit Blut überzogen.

Mikroskop. Befund: Die exkochleirten Massen bestehen aus derbem Cervixstroma mit diffuser Rundzelleninfiltration, das von einem oberflächlichen, einschichtigen Cylinderepithel gedeckt wird. Unter der Epitheloberfläche zahlreiche Cervixdrüsen von normalem Bau, darunter einige mit nur an der einen Seite einschichtigem Epithel, an der anderen Circumferenz ist das Cylinderepithel vorgewölbt und komprimiert durch ein dickes Polster mehrschichtiger Cylinderepithelzellen. Daneben liegen sehr viele runde Querschnitte von mehrschichtigen Cylinderepithelien, die radiär um einen centralen Hohlraum gelegen sind. Die Scheidung der Alveolen durch normale Stromasepten.«

Bei der Untersuchung in Narkose ergibt sich folgender Befund: »Bei Bearbeitung der hinteren Muttermundslippe mit dem scharfen Löffel zeigt sich, daß es sich um ein infiltrierend gewachsenes Karzinom handelt, das die hintere Muttermundslippe zerstört hat und im para- und retrocervikalen Gewebe nach oben gewuchert ist, besonders weit nach links hinten. Bei Untersuchung des Rektums zeigt sich die linke Douglasfalte stark infiltriert und derb.«

Am 24. IV. 07 Vorstellung in der Ambulanz. Erste menses post operationem 17.—21. IV. sehr stark, doch helles Blut, mit heftigen, krampfartigen Schmerzen im Unterleib und Rücken am Tage vor der Regel. Noch wenig Fluor. Keine Urin- noch Stuhlbeschwerden. Kein Abgang nach Stuhlgang oder Flatus per vaginam. Patientin fühlt sich noch elend. Granulierender, nicht blutender Trichter, wie in einem Divertikel des hinteren Scheidengewölbes liegend.

Am 27. IV. 07. Klagt über heftige Schmerzen im linken Hypogastrium, die ins linke Bein ausstrahlen, sodaß der Patientin das Gehen sehr schwer wird.

Am 10. III. 08 Aufnahme in die Klinik.

Am 20. Nov. 07. Blutsturz. Seit Dez. 07 ständige Blutung. Schmerzen nach der Operation ziemlich gebessert. Seit Juli 1907 aber links im Unterleib wieder sehr stark, ebenso Schmerzen an der Vorderseite des linken Oberschenkels.

Status:

Elende, stark ausgeblutete Frau, Herz, Lungen o. Bes. Urin klar, o. Alb., Leib weich, Druckempfindlichkeit in der Gegend der linken Beckenschaufel und an der Vorderfläche des linken Oberschenkels. Reichlich Blutabgang aus der Scheide. An Stelle der Portio ein halbwallnußgroßes, leicht blutendes Granulationsulcus. Uterus eingemauert, namentlich von links her.

Am 13. III. 08. In Narkose Auskratzen und Verschorfen der Wucherung.

Diagnose: Granulationsgewebe mit kleinen Karzinomherden.

Makroskop. Befund: Große Gewebsbröckel.

Mikroskop. Befund: Vorwiegend gefäßreiches Granulationsgewebe mit Plasmazellen und vereinzelten kleinen Karzinomeinsprengungen.

4. IV. 08. Entlassungsbefund: Keine Schmerzen. Subjektives Wohlbefinden. Gestern schwache Blutung, kein Fluor. Scheide zwei Querfinger oberhalb des Introitus quer obliteriert. Per rectum fühlt man das Rektum mit unempfindlichen Tumormassen ausgefüllt. Stuhl- und Flatusbeschwerden.

12. V. 08. Vagina geschlossen. Kein Fluor, keine Blutung. Im Becken ein großer weicher Tumor, scheint zu fluktuieren und wölbt Douglas stark vor, engt Rektum ein. Punktion ergiebt ganz wenig Blut.

1. VI. 08. Auf dem Nachhauseweg am 12. V. 08 ist noch viel Blut abgegangen. Schmerzhaftes Gefühl im Leibe geringer. Tumor sicher kleiner geworden heute, Rektum deutlich umgrenzt. Patientin nimmt angeblich an Körpergewicht zu. Appetit gut.

29. VI. 08. Wieder Schmerzen im linken Hypogastrium. Patientin hat an Gewicht abgenommen. Im Becken doppelfaustgroßer, diesmal sehr harter Tumor, das Rektum einengend.

11. VIII. 08. Patientin klagt über Schmerzen im linken Hypogastrium und heftige kolikartige Schmerzen an der Analöffnung. Diese strahlen auch in die Beine aus. Zuweilen fühlt die Frau auch einen festen Körper in der rechten Unterleibsseite. Blut ist nicht mehr abgegangen, nur etwas Schleimabsonderung. Fühlt sich gegen früher elender. Becken vollkommen von Karzinommassen ausgefüllt, die das Rektum vorwölben und die Scheide fest verschließen.

18. IX. 08. Patientin klagt über Schmerzen beim Stuhlgang. Hat 1½ Pfund an Gewicht zugenommen. Rektum durch Infiltration der beiden Sacro-uterina stark eingeengt, sonst Befund unverändert.

24. IX. 08. Seit dem 20. IX. Blut- und Schleimabgang per rectum, heftige Schmerzen.

Soweit die Krankengeschichte. Die Frau starb zwei Monate darauf am 25. XI. 1908 außerhalb der Klinik.

Die am 26. XI. 1908 im patholog. Institut in Kiel vorgenommene Sektion, 30^h p. m., ergab folgendes:

Krebsige Zerstörung der Portio uteri mit Übergreifen auf die vordere Blasen- und Rektumwand; fast völlige, narbige Schrumpfung der Scheide. — Haemorrhagische Cystitis mit narbiger Beschaffenheit der Blasenwand an der Uretherenmündung. — Einbettung des rechten, unteren Ureters in schwielige Massen. — Starke Ektasie der oberen Ureterenhälfte, des Beckens und der Nierenkelche. — Haemorrhagie der Schleimhaut des linken Nierenbeckens und Ureters. — Aufsteigende Pyelonefritis mit fettiger Degeneration. — Hyperaemie der Leber mit Resten von Perihepatitis. — Verwachsungen von Dünndarm mit Colon ascendens, Rektum und Coecum. — Ektasie des Colon. — Haemorrhagie und sterkorale Geschwüre im Rektum. — Ulcerierendes Karzinom des Pharynx. — Glatter Zungengrund. — Staubschwielen in der linken Spitze mit Kalkkäsekorn und zackiger Kalkkern an der Vena cava superior. — Atrofische Lungen und Randemfysem. — Kleines Herz. — Starke fettige Fleckung der Aorteninnenwand.

Die Becken- und Halsorgane der Leiche, die in toto herausgenommen und in farberhaltender Flüssigkeit konserviert waren, wurden mir zur weiteren Untersuchung zur Verfügung gestellt.

Der makroskopische Befund der Beckenorgane war folgender:

Die Rektumschleimhaut ist an mehreren Stellen über der Oberfläche erhaben, bräunlich-grünlich imbibiert und zum Teil in nekrotischem Zerfall begriffen. Die Wand des Rektums ist in der Douglastasche fest verwachsen und stellenweise zu breiten, starren Falten umgewandelt, die auf dem Durchschnitt gleichmäßig starre Infiltrate zeigen.

Der Introitus vaginae ist in eine etwa 2×3 mm weite Öffnung mit starrer Wandung verwandelt und führt in einen schmalen Spalt, der fast wagerecht nach hinten verläuft. Dieser ist von hinten begrenzt von der etwa $3 - 4$ mm dicken

Rektumwand, nach vorn von einer etwa 15 mm dicken Schicht, welche aus der stark verdickten und infiltrierten Blasenwand besteht. Das unter der Blasenschleimhaut liegende Gewebe besteht anscheinend aus Muskularis, erscheint teils rosig, teils rostfarbig scheckig und ist stark mit Granulationsgewebe durchsetzt. Der Schlitz endigt nach hinten in einen etwas größeren Raum, der ganz unregelmäßig zottig begrenzt ist und wohl als Rest des Scheidengewölbes aufzufassen ist. An diesen Raum schließt sich oben an das Corpus uteri. Dieser ist etwa 6,5 cm breit, ebenso lang, 4 cm in sagittalem Durchmesser. An Stelle der Cervix ist eine trichterförmige Öffnung vorhanden mit vollkommen zerfallenen Wänden. Auch das Orificium uteri internum ist nicht mehr deutlich erkennbar, und statt dessen ist das ganze Cavum ausgefüllt mit gelblichem käsigem Detritus, der bis in die Muskularis hinein fortgeschritten ist. Nur im Uterusfundus ist ein Teil des Cavum erhalten mit der epithelialen Wandung. Letztere ist jedoch unregelmäßig vorgebuchtet und rötlich gefärbt. Die Eileiter und die Ovarien sind derart in schwielige, derbe Massen eingehüllt, daß ohne Zerschneidung des Präparates eine genaue Beschreibung und Untersuchung nicht möglich ist. Da die Harnblase bei der Sektion an der vorderen Wand geöffnet und in Formalinalkohollösung geschrumpft und gehärtet ist, so ist die Lichtung derselben auf Kleinhühnereigröße einzuschätzen. Von der dem Uterus und der Scheide anliegenden Blasenwand ist die Schleimhaut livide und mit einzelnen rötlichen Herden gefärbt. Auch die Muskularis der Blasenwand zeigt, soweit sie dem Uteruskörper und der Scheide angelagert ist, eine blaurötliche Färbung und ist zum großen Teil in derbe, strahlig angeordnete Bindegewebsmassen umgewandelt, die mit zahlreichen gelben Streifen und Punkten durchsetzt ist. Der linke Ureter ist in seiner unteren Hälfte in Ausdenhung von etwa 12 cm fest mit den Tumormassen des Douglas verwachsen, in seiner Wandung stark verdickt, bläulich gefärbt und unelastisch. Das Lumen ist jedoch für eine stecknadelkopfgroße Sonde bis zur Blase durchgängig. Die obere Hälfte des linken Ureters ist makroskopisch nicht

verändert. Der rechte Ureter ist mit der hinteren Blasenwand und den Nachbarorganen verbacken und an der Mündung zur Blase verschlossen. Dementsprechend zeigt die obere Hälfte des Ureters eine Erweiterung bis auf 22 mm. Die Wandung des rechten Ureters ist scheinbar sonst nicht verändert.

In der Plica versico-uterina ist nach einem Sagittalschnitt durch das Präparat ein Darmquerschnitt sichtbar, dessen Wand stark verdickt und hart infiltriert erscheint. Auch zeigt sich hier eine stark livide, fleckige Färbung. In der Douglasfalte sind fest verwachsen zwei Darmschlingen mit etwas verdickten Wandungen. Am Boden des Douglas findet sich ein Cystensack von Wallnußgröße mit zarter, durchsichtiger Wandung. Der Inhalt ist gleichmäßig gallertig durchscheinend und durch die Härtung in Alkohol erstarrt. Eine zweite Cyste liegt, eingebettet und teilweise fest verwachsen mit Darmschlingen, ebenfalls im Douglas. Es handelt sich hier wahrscheinlich um eine hydropisch veränderte Tube.

Zur genaueren Orientierung wurde das Präparat noch durch drei, zum bereits vorhandenen einen Sagittalschnitt parallele Ebenen geöffnet. Makroskopisch lassen sich an diesen Flächen einzelne Querschnitte von Darmschlingen mit zum Teil stark verdickten Wandungen erkennen, dann die Schnittflächen der Uterussegmente, auch einzelne andere Hohlorganquerschnitte. Zusammengenommen bilden sie ein Convolut von Organen, die infolge chronisch-entzündlicher Veränderungen aus ihrer normalen anatomischen Lage stark verschoben und zusammengebacken sind.

Der mikroskopische Befund des Cervixkrebses gibt folgendes Bild: In dem Schnittpräparat findet man zahlreiche Querschnitte von Epithelkrebszapfen, die in das durch starke Bindegewebswucherung durchsetzte Stroma eingedrungen sind. Die Krebszellen zeigen die Struktur der Plattenepithelien und füllen die Lumina der zahlreich vorhandenen Cervixdrüsen aus. Sehr deutlich ist an verschiedenen Stellen ein direkter Übergang von Drüsenepithelien in krebsige Entartung zu

beobachten. Die Krebszellen im Mittelpunkt des Lumens zeigen meist deutlichen Zerfall der Kerne und zum Teil auch des Protoplasmas, während die Zellen der Circumferenz radiäre Anordnung zeigen. Sehr zahlreich findet man auch epitheloide Zellen, vereinzelt Rundzelleninfiltrate. Die Bindegewebsfasern zeigen eine starke Vermehrung. Während Gefäßlumina nur sehr spärlich zu finden sind, sieht man haufenweise hier und da verstreut rote Blutkörperchen als Residuen von Blutungen.

Als zweites Präparat derselben Leiche sind die Halsorgane vorhanden mit der Zunge und den beiderseitigen Gaumentonsillen. Die Zunge ist von normaler Größe. Die Papillae vallatae, foliatae, filiformes sind deutlich zu erkennen. Der Zungengrund ist glatt und ohne Narbenzeichnung. Die Tonsillae palatinae zeigen beiderseits gleiche Form und etwa die Größe einer Mandel. Die Schleimhaut der Plicae glosso-epiglotticae, des Kehldeckels und der Recessus piriformes beiderseits ist überall gleichmäßig glatt und von blaßgelber Farbe und soweit man ohne Zerschneidung des Präparates in die Trachea sehen kann, sieht man auch hier die Schleimhaut von gleicher Beschaffenheit wie oben.

Da die Trachea mit den anderen Halsorganen in einer Entfernung von etwa 10 cm vom Kehldeckel aus quer durchtrennt ist, sieht man von unten her das Epithel überall glatt und von gleichmäßig hellgelber Farbe. Die glandula thyreoidea ist in toto vergrößert und hart infiltriert. Der Lobus pyramidalis ist bis zum Corpus ossis hyoidei ausgebildet, aber nicht in dem Maße wie die Seitenlappen vergrößert. Der Oesofagus ist von der Rückseite der Länge nach aufgeschnitten. Seine Schleimhaut zeigt an dem cardialen Ende in 1—2 cm Länge gleichmäßig gefaltete Oberfläche von blaugrauer Farbe. Von hier aus aber bis zur Epiglottis ist die Oesofaguswand stark verändert. Rechts und links wölben sich über die Recessus piriformes Geschwulstmassen. Auf der linken Seite etwa von Wallnuß-, auf der rechten von Kirschkerngröße. Weiter nach der Cardia zu fließen die Geschwulstmassen zu einem Ganzen zusammen und bilden zahlreiche polypöse Wucherungen, über welchen die

Schleimhaut noch erhalten zu sein scheint. Auf der Höhe der Geschwulst ist das Epithel vollständig geschwunden und zeigt tiefe Erosionen mit unregelmäßig zackigen Rändern. Während die Geschwulstmasse an der Oberfläche gelblichgrau aussieht mit teilweise livider Färbung, erkennt man am Rande auch einzelne hellrote, etwa linsengroße, unregelmäßige Fleckchen.

Das mikroskopische Bild des Farynxkrebses zeigt zahlreiche Längs- und Querschnitte von Krebszapfen, die in das stark gewucherte Bindegewebe eingedrungen sind. Hier und da verstreut, an einzelnen Stellen recht reichlich, findet man im Stroma Rundzelleninfiltrate. Die Krebszellen zeigen die typische Form der Plattenepithelkrebse, zum Teil sind die Zellen auch in epitheloide Formen umgewandelt. An vereinzelten Stellen sind noch deutlich Interzellularbrücken sichtbar. Besonders reichlich sind in allen Krebszapfen die Bildung von Hornperlen, die in den verschiedensten Größen und Formen vorhanden sind.

Wenn wir das Krankheitsbild intra vitam betrachten und damit den pathologisch-anatomischen Befund vergleichen, so finden wir beim Status der Frau vom 11. III. 07 bemerkt: »An der rechten Brust zwei radiäre Narben, eine bohnengroße indolente Drüse in der rechten Achselhöhle.«

Im Sektionsprotokoll vom 26. XI. 08 ist nichts von einer Narbenbildung an der Brust erwähnt. Da die zwei Narben radiär angeordnet waren, so sind wahrscheinlich wegen einer früheren Mastitis mit Absceßbildung die typischen radiären Einschnitte gemacht worden.

Am 20. XI. 07 wird in der Anamnese erwähnt: »Blutsturz. Seit Dez. 07 ständige Blutung.« Bestimmtes über den Ursprung des Blutsturzes ging aus der Krankengeschichte nicht hervor. Wahrscheinlich ist hier eine heftige Blutung per vaginam gemeint.

Klagen von Seiten des Farynxkarzinoms sind in der Krankengeschichte nicht erwähnt.

Am 24. IX. 08 war die Frau zum letzten Male in der Frauenklinik und starb zwei Monate darauf außerhalb. Es

hat sich also wahrscheinlich während dieser Zeit der Farynxkrebs besonders stark entwickelt.

Aus dem makroskopisch-pathologisch-anatomischen Befund geht hervor, daß das infiltrierend gewachsene primäre Cervixkarzinom schließlich den exitus letalis herbeiführte, während der Farynxkrebs erst in zweiter Linie in Betracht kam.

Nach dem mikroskopischen Bilde handelt es sich nicht nur um zwei primäre Herde in verschiedenen Organen, sondern beide Primärherde zeigen untereinander eine verschiedene Struktur, und zwar zeigt der Farynxkrebs Verhornung, der Cervixkrebs keine Verhornung.

Nach einer Arbeit von Gloy [16]) ist der Nachweis eines mehrfachen primären Karzinoms erbracht

1) wenn die Herde einen wesentlich verschiedenen anatomischen Bau haben,
2) wenn an den Grenzzonen beider Herde ein deutlicher Übergang des Organepithels in die Geschwulst zu konstatieren ist.

Die erste von Gloy geforderte Beweisführung ist erbracht. Die zweite Forderung, der Übergang des Organepithels in die Geschwulst ist jedenfalls makroskopisch erwiesen. Der mikroskopische Beweis ist wegen starken ulcerösen Zerfalles nicht zu führen; auch wurde nirgends, etwa im Mediastinum oder in einer Achselhöhle, krebsig infiltrierte Drüsen gefunden, die auf eine Metastasenbildung hinweisen könnten. Außer diesen beiden Beweisen glaube ich noch den hinzufügen zu dürfen, daß es sich hier um zwei Ursprungsstellen von Krebsbildung handelt, die nach der Statistik von Genzken [15],) abgesehen vom Magen, am häufigsten primär vom Krebs befallen werden.

Die Frage der Multiplizität primärer Karzinome behandelt Bauer [14]) in einer Dissertation eingehend und bringt 24 Fälle von primärem Karzinom in verschiedenen Organen, von denen 5 im pathologischen Institut zu Kiel beobachtet wurden und in Tiemanns [9] Arbeit bereits erwähnt sind.

Nach der Krebsstatistik von Genzken über 1420 Fälle in Kiel innerhalb 38 Jahren waren noch 8 weitere Fälle

von zwei primären Krebsen in verschiedenen Organen angegeben.

In einem Falle war eine genauere mikroskopische Untersuchung angestellt worden von Wulf[17]). Es handelt sich da um einen Fall von multiplen primären Krebsknoten auf der Basis von Dickdarmpolypen. Erklärt sind sie als entstanden durch chronische lokale Reizung.

* * *

Zum Schlusse erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Geheimen Medizinalrat Professor Dr. Heller für die gütige Überlassung des Materials und die freundliche Unterstützung bei meiner Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Wilhelm Christian Andrée, ev.-luth. Konfession, wurde geboren am 27. Oktober 1887 zu Jever, als Sohn des Kaufmanns Anton Georg Andrée. Meinen ersten Unterricht genoß ich in der Volksschule zu Jever. Bis zum Herbst 1906 besuchte ich das Realgymnasium zu Bützow und verließ es mit dem Zeugnis der Reife, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Ich studierte in Rostock 5 Semester und bestand hier am 22. Februar 1909 das Tentamen physikum. Das folgende Semester studierte ich in Marburg, dann 4 Semester in Kiel und bestand hier am 23. Dezember 1911 die ärztliche Staatsprüfung. Das Rigorosum fand statt am 31. Januar 1913.